

VD_GERICHTE ZD14.016400 vom 24. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.016400

FR: VD_GERICHTE ZD14.016400 du 24 juillet 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.016400 del 24 luglio 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 80/14 - 194/2015 ZD14.016400 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 24 juillet 2015 _____ Composition : Mme THALMANN,
présidente M. Neu et Mme Dessaux, juges Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause
pendante entre : S. _____, à [...], recourant, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 6 al. 2 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. Arrivé en Suisse le 31 juillet 2007 pour déposer une demande d'asile le jour suivant, S. _____, ressortissant géorgien né en 1979, alias Z. _____, citoyen russe d'ethnie tchéchène, a été débouté par décision de l'Office fédéral des migrations (ODM, actuellement Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]) du 18 janvier 2010, se voyant néanmoins accorder l'admission provisoire. B. Entre-temps, le 22 avril 2009, l'assuré a introduit une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une « [c]ardiopathie valvulaire – insuffisance cardiaque » existant depuis huit ans. Dans le cadre de l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a obtenu un extrait du compte individuel AVS de l'intéressé du 27 mai 2009, ne comportant aucune inscription. Par rapport du 15 juin 2009, le Dr N. _____, médecin généraliste traitant, a signalé les atteintes suivantes à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail : polytoxicomanie par voie intraveineuse (depuis plusieurs années), remplacement mitral probablement pour séquelle d'endocardite (2002), ré-opération de la valve mitrale (2004), récurrence d'une sténose mitrale (2007) puis réintervention avec remplacement de valve aortique et de la valve mitrale (décembre 2008), troisième remplacement de la valve mitrale, évolution vers une nouvelle septicémie avec signes d'insuffisance cardiaque gauche, ainsi que cirrhose hépatique de type Child A avec co-infections sur HBV et HDV, hypersplénisme et gastropathie hypertensive (février 2009). Le Dr N. _____ a précisé qu'il s'agissait d'une situation difficile caractérisée par un cœur multi-opéré, avec une fraction d'éjection fortement diminuée ainsi que des hépatites B et D chroniques sur un foie cirrhotique. Il a ajouté que la situation actuelle de l'assuré – enrôlé, selon ses dires,

- 3 - comme enfant-soldat et n'ayant pas beaucoup exercé son métier dans la menuiserie – n'était pas compatible avec un travail de force, respectivement que l'état physique était incompatible avec un métier manuel. A ce compte-rendu était notamment jointe une lettre de sortie établie le 24 avril 2009 par des médecins des Etablissement hospitaliers [...] (ci-après : les Etablissements hospitaliers Y. _____), dont il résultait que l'intéressé avait été admis dans le Service de médecine du 15 février au 14 mars 2009 en raison d'une septicémie prolongée à streptocoques parasanguinis avec suspicion d'endocardite, diagnostic s'inscrivant dans le cadre des comorbidités et antécédents suivants : "-

Cardiopathie valvulaire avec : • [S]tatus post premier remplacement de la valve aortique et troisième remplacement de la valve mitrale en novembre 2008 pour endocardite à MSSA • Status post endocardite à MSSA avec atteinte valvulaire mitrale et aortique en août 2008 • Status post embolies septiques cutané, rénal et splénique • Status post plastie de la valve mitrale pour endocardite à streptocoques vividans en avril 2002 • Status post remplacement de la valve mitrale par une valve biologique pour une récurrence d'endocardite en février 2008 • Status post deuxième remplacement de la valve mitrale pour sténose mitrale sévère sur fusion des commissures en décembre 2002 - Pancytopénie - Cirrhose hépatique Child A sur co-infections HBV et HDV avec bicytopenie sur hypersplénisme et gastropathie hypertensive avec hépatosplénomégalie - Ancienne hépatite C - HIV négatif en mai 2008 - Poly-toxicomanie sous substitution de méthadone - Status post sepsis à *Serratia marcescens* sur cholécystite alithiasique en septembre 2008 avec récurrence fin septembre 2008" A la demande du Dr C. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), le Dr N. _____ a établi un compte-rendu le 30 octobre 2009, indiquant que la capacité de travail était nulle dans une activité manuelle lourde et qu'à sa connaissance l'assuré n'avait jamais présenté de capacité de travail dans une activité lourde depuis qu'il était en Suisse. Quant à la capacité de travail dans une activité légère, elle était évaluée entre 50 et 100% après une réadaptation au travail, étant précisé que l'intéressé – dont la capacité de travail pourrait être notablement modifiée selon la tolérance au traitement anti-hépatique – exerçait une

- 4 - activité légère à temps partiel depuis le printemps ; selon le médecin traitant, il n'y avait pas eu d'activité auparavant. Le Dr N. _____ a par ailleurs produit un rapport consécutif à une échocardiographie réalisée le 30 juillet 2009 par le Dr H. _____ sous la supervision du Dr J. _____, tous deux médecins au Service de cardiologie – échocardiographie transthoracique du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier D. _____). Il en résultait que l'assuré – qui avait débuté une activité professionnelle et pouvait effectuer les efforts sans limitation nette – était stable, sans plainte nouvelle, le contrôle échocardiographique du jour montrant des anomalies superposables à celles visualisées lors d'un précédent bilan en mars 2009. Dans un rapport SMR du 19 novembre 2009, le Dr C. _____ a retenu l'atteinte principale à la santé de status après valvuloplastie aortique et mitrale (troisième remplacement) pour probables séquelles d'endocardite. A titre de limitations fonctionnelles, il a préconisé un travail léger et signalé une limitation du port de charges à 10 kg. Il a considéré que la capacité de travail était nulle dans une activité non qualifiée manuelle, possiblement lourde, et l'a évaluée à 50-100% dans une activité adaptée selon les indications du Dr N. _____, étant précisé qu'une incapacité de travail ininterrompue de 40% au moins existait depuis 2002 en tout cas. Il a ajouté que sur la base des documents à disposition, il était impossible de savoir à quelle date une réadaptation professionnelle avait été nécessaire pour la première fois. Dans un avis complémentaire du 18 janvier 2010, le Dr C. _____ a pour l'essentiel maintenu son appréciation. Le 13 avril 2010, il a proposé la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle, estimant qu'une telle mesure permettrait de préciser si l'exigibilité était plus proche de 50 que de 100%. Interpellé par le Dr C. _____, le Dr N. _____ a indiqué le 7 mai 2010 qu'il ne pouvait pas être plus précis s'agissant de la capacité de travail de l'assuré. Il a ajouté que la situation n'avait pas changé et qu'aucune réadaptation au travail n'avait été proposée jusqu'ici à l'intéressé, ce dernier n'ayant plus ou pas travaillé depuis de très nombreuses années dans un cadre strict et avec des horaires réguliers.

- 5 - L'assuré se trouvait en outre sous traitement d'Interféron pour une hépatite B et D chronique, ce qui occasionnait une fatigue, une diminution de l'état général et de nombreux rendez-vous médicaux. A ce compte- rendu était annexé un rapport d'échocardiographie transthoracique et transœsophagienne du 11 mars 2009 rédigé par le Dr F. _____, cardiologue, signalant l'absence d'image typique d'endocardite des prothèses biologiques mitrale et aortique, une dégénérescence discrète et précoce de la bioprothèse aortique avec épaissement des feuillets, une dysfonction ventriculaire gauche importante à sévère (fraction d'éjection de l'ordre de 30%), une dilatation modérée de l'oreillette gauche, des cavités droites normales et une pression pulmonaire se situant à la limite supérieure de la norme. Par avis médical SMR du 18 juin 2010, le Dr C. _____ a maintenu sa proposition tendant à la mise en œuvre d'un stage d'observation. Du 28 février au 25 mars 2011, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès du Centre Orif d'O. _____ ; compte tenu de nombreuses périodes d'absence, cette mesure a ultérieurement été prolongée jusqu'au 6 avril 2011, à un taux de 50%. Dans le cadre de ce stage, l'assuré a notamment été vu par le Dr V. _____, médecin- conseil dudit centre, lequel a exposé ce qui suit dans un rapport du 11 avril 2011 : "Discussion M. S. _____ est un ressortissant [gé]orgien de 32 ans sans formation professionnelle. En réalité, il n'a travaillé que très peu dans sa vie. En Suisse depuis 2007, il a collaboré 9 heures par semaine pendant 6 mois à l'association [...]. Sur le plan médical, M. S. _____ a un status après endocardite et remplacement des valves mitrale et aortique sans signe clinique d'insuffisance cardiaque. Il a une hépatite C et D chronique active et il a un traitement substitutif de méthadone après une période de toxicomanie d'une quinzaine d'années. A l'examen, il est en état général moyen. Il ne présente pas de signes d'insuffisance cardiaque. Il ne voit pas de l'oeil gauche. Il ne parle pratiquement pas le français mais s'exprime assez aisément en allemand. Nous l'avons revu après une semaine à sa demande pour un état grippal et avons dû suspendre le stage pour cette raison. Il a manqué

- 6 - d'autres jours. Vu cet absentéisme, nous avons accédé à sa demande de poursuivre le stage à mi-temps ce qui se justifie dans le cadre d'une hépatite chronique active, dont l'un des symptômes est une fatigabilité accrue, parfois même intense. Cette réduction de travail n'a pas modifié l'absentéisme, toujours aussi marqué. Il ne montre pas de limitation physique pour le genre de travaux présentés [...], des travaux légers permettant les changements de position. Les problèmes de comportement sont omniprésents : absences répétées, arrivées en retard quasi systématiques, départs prématurés de l'atelier, pauses cigarettes, irrespect des consignes, travail bâclé, de mauvaise qualité le plus souvent inutilisable. En réalité, le manque d'efforts est patent. Nous avons observé en plus des endormissements fréquents et profonds à la place de travail, pour lesquels nous n'avons pas d'explications (liés à la méthadone ? ou aux autres médicaments ?). Au terme de ce stage, notre groupe d'observation constate que M. S. _____ n'a pas de limitation physique pour le genre de travail présenté. Il a des endormissements brusques à la place de travail pour lesquels nous n'avons pas d'explication. Pour le reste, cet assuré est inemployable pour des raisons de comportement et un manque d'efforts évident." Dans leur rapport final établi le 19 avril 2011, les intervenants du Centre Orif ont formulé les conclusions suivantes : "5. CONCLUSION En conclusion, notre équipe d'observation est d'avis que M. S. _____ ne présente aucune limitation physique qui l'empêche d'exécuter des tâches légères industrielles, Il semble manquer d'endurance, mais sa productivité ne reflète pas sa capacité réelle. Ses endormissements et ses absences font qu'on peut le qualifier d'inemployable. Nous suggérons une place de travail en atelier protégé, afin qu'il se conditionne à un

emploi, qu'il apprenne les règles élémentaires de comportement et qu'il acquière un rythme de vie." Aux fins d'investiguer une éventuelle pathologie du sommeil, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale, réalisée par les Drs Q. _____ et K. _____, respectivement médecin adjoint et médecin assistante au Centre [...] du Centre hospitalier D. _____. Dans leur rapport du 29 août 2011, les experts ont mis en évidence ce qui suit : "4. Diagnostics : Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, depuis quand sont-ils présents ? • Somnolence diurne pathologique anamnétique, non objectivée par nos tests, présente depuis 2009.

- 7 - • Cardiopathie valvulaire avec status post-remplacement des valve aortique et mitrale, et fraction d'éjection ventriculaire gauche à 40%, présente depuis au moins 2002 selon les données du dossier. • Hépatite C et D (pas de données dans le dossier sur l'activité de la maladie ni de la date du diagnostic). Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, depuis quand sont-ils présents ? • Polytoxicomanie ancienne, substituée par Méthadone, et syndrome de dépendance aux op[ia]cés probable, depuis une dizaine d'années au moins. 5. Appréciation du cas et pronostic : [...] En conclusion, les examens somnologiques montrent une structure du sommeil relativement préservée avec une légère diminution du sommeil profond, probablement attribuable à la prise de Benzodiazépines. Il n'y a pas de trouble déstructurant du sommeil et l'efficacité du sommeil est dans la norme à 90%. On note, durant l'enregistrement, deux épisodes de bruits respiratoires associés à une activité musculaire en sommeil REM de signification incertaine, pouvant correspondre à une catathrénie, qui est une parasomnie bénigne. La latence au sommeil durant la journée montre une somnolence matinale (lors des deux premières siestes), attribuable soit à la prise de Dormicum du matin, soit à une inertie du sommeil ou à un léger trouble du rythme circadien de type retard de phase. Les trois siestes suivantes n'ont par contre pas démontré d'endormissement pathologique. Globalement ces résultats ne permettent donc pas de confirmer les plaintes de somnolence diurne pathologique du patient. A. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. Limitation (qualitative et quantitative) en relation avec les troubles constatés : • Au plan physique : absence de limitation physique liée à un problème somnologique. Par contre, la prise de Benzodiazépines et de Méthadone pouvant altérer la vigilance, certaines activités professionnelles (chauffeur, travail avec des machines dangereuses, ou des échafaudages)[...] devraient être évitées. Nous ne nous prononçons pas sur la qualité et la quantité de limitations physiques liées à la problématique cardiaque. • Au plan psychique et mental : la prise de Benzodiazépines et de Méthadone peut altérer les capacités cognitives, de mémorisation et de concentration. Nous n'avons par contre pas trouvé de trouble déstructurant du sommeil. • Au plan social : pas de limitation[s] sociales en relation avec un problème somnologique. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? • Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? A notre connaissance, le patient n'exerce pas d'activité professionnelle. • Description précise de la capacité résiduelle de travail ? Sur le plan somnologique, nous n'avons pas pu confirmer la notion

- 8 - anamnétique de somnolence pathologique durant la journée. Il existe uniquement une somnolence matinale, attribuable au traitement de benzodiazépines, ou à une inertie matinale ou un léger décalage de phase. Il nous est difficile de nous prononcer précisément sur la capacité de travail résiduelle globale, en tenant compte de l'atteinte cardiaque et hépatique. • L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure (heures par jour) ? cf question 2.1. • Y[a]-t-il une diminution du rendement ? si oui dans

quelle mesure ? le patient peut être éventuellement limité dans les premières heures du matin. • Depuis quand, au point de vue médical, y[a]-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? cf question 2.1. • Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? cf question 2.1. B. INFLUENCES SUR LA READAPTATION

PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? sur le plan somnologique, hormis les restrictions précitées (travail avec machines dangereuses, chauffeur professionnel, et possible inertie matinale), il n'y a pas lieu de faire de quelque mesure de réadaptation. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Pas d'activité professionnelle. Le patient présentant une dépendance aux benzodiazépines et une ancienne toxicomanie substituée, un sevrage desdits médicaments ne semble pas envisageable dans un avenir proche. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ? • Si oui à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? comme déjà mentionné, les seules restrictions sont l'éviction d'un travail de chauffeur ou l'utilisation de machines dangereuses ou sur un échafaudage, compte tenu de la somnolence anamnétique et de l'inertie matinale objectivée. • Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ? compte tenu des tests de latence au sommeil effectués dans notre laboratoire, l'activité peut être exigée sans réelle limitation (sur le plan somnologique). • Y[a]-t-il une diminution du rendement ? si oui dans quelle mesure ? non, hormis peut être dans les premières heures du matin. • [...] Sur la base de cette expertise, le Dr C. _____ a considéré, par avis du 27 septembre 2011, que dans la mesure où la somnolence diurne n'était apparue qu'en 2009, cette symptomatologie n'avait donc pas

- 9 - influencé la capacité de travail en 2002. Vu l'anamnèse, on pouvait en outre soutenir que l'exercice d'activités lourdes militaires ou de menuiserie était contre-indiqué depuis la première opération en 2002. Il était toutefois impossible de préciser l'exigibilité dans une activité adaptée avant l'arrivée en Suisse, en l'absence de tout renseignement médical. Aux termes d'un avis du 11 octobre 2011, le Dr C. _____ a ajouté que l'assuré – déclaré abstinent depuis janvier 2009, sous traitement de méthadone – présentait une toxicomanie primaire dans la mesure où aucun élément du dossier ne permettait de dire que la dépendance était la conséquence d'une maladie invalidante ou à l'origine d'une maladie invalidante, étant souligné qu'outre les limitations dues à la prise de stupéfiants, il y avait lieu de tenir compte des restrictions induites par l'atteinte cardiaque telles que décrites dans le rapport SMR du 19 novembre 2009. Sollicité par le Dr C. _____, le Dr N. _____ a indiqué, le 9 mars 2012, que l'assuré n'était capable d'aucun effort physique compte tenu d'une fonction cardiaque limite (fraction d'éjection 40%), qu'il n'avait aucune capacité de travail dans une activité manuelle et que la capacité de travail dans une activité de bureau pourrait certes être entière sur le plan cardiologique mais qu'une telle activité devrait passer par un apprentissage au vu de l'ensemble de la problématique, soit en particulier des troubles du caractère voire de l'humeur associés à l'absence de réel travail depuis de très nombreuses années, ainsi qu'à des difficultés linguistiques. Cela étant, compte tenu du pronostic vital problématique et de capacités probablement limitées à s'intégrer dans un environnement socioprofessionnel, un reclassement professionnel paraissait difficile. Le Dr N. _____ a conclu qu'en d'autres termes, l'assuré n'avait aucune capacité de travail en l'état et qu'un reclassement professionnel dans une activité adaptée serait envisageable à condition que ses troubles psychiatriques n'y fissent pas obstacle. Par avis médical SMR du 28 mars 2012, le Dr C. _____ a essentiellement renvoyé à ses précédentes prises de position des 19 novembre 2009 et 27 septembre 2011 et évalué à 100% la capacité de

- 10 - travail exigible dans une activité adaptée moyennant un réentraînement progressif. Dans un compte-rendu du 16 juillet 2013 adressé à l'OAI, la Dresse E. _____, du Service de chirurgie cardiovasculaire du Centre hospitalier D. _____, a signalé que l'assuré avait été hospitalisé du 24 février au 5 juin 2013 dans le cadre d'une cardiopathie ischémique avec sténoses de la valve aortique et de la valve mitrale importantes et endocardite à streptocoques mitis fin février 2013. Le pronostic était considéré comme faible en l'absence de remplacement des valves. Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle expertise réalisée par le Dr G. _____, spécialiste en cardiologie. Ce dernier a fait part de ses conclusions dans un rapport du 26 juillet 2013, dont on extrait ce qui suit : "4. Diagnostics : 4.1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : • Cardiopathie valvulaire depuis 2002 avec - Plastie mitrale en avril 2002 pour séquelle d'endocardite - Remplacement valvulaire mitral en 2002 par une prothèse mécanique (suivi de complications thrombotiques sur la prothèse, sans documentation précise pour les événements de 2002) - Remplacement valvulaire mitral par une bioprothèse en décembre 2002 pour récurrence d'endocardite - Remplacement valvulaire mitral par une bioprothèse Carpent en février 2008 - Double remplacement valvulaire mitral et aortique par des bioprothèses pour endocardite à MSSA et insuffisance aortique en décembre 2008 - Septicémie à Streptocoques parasanguis avec suspicion d'endocardite en 2009 - Endocardite à Streptocoques mitis en février 2013 - Remplacement des bioprothèses aortique et mitrale le 08.03.2013 - Pose d'un stimulateur cardiaque double chambre le 13.03.2013 pour bloc AV du 2ème et 3ème degré. - Altération modérée de la fonction systolique, dilatation et hypertrophie du ventricule gauche avec fraction d'éjection à 35-40% - Fuite para-prothétique mitrale avec intervention percutanée de fermeture prévue en septembre 2013

- 11 - • Cécité de l'oeil gauche post traumatique en 2002 avec énucléation le 17.05.2013 pour cellulite • Anémie principalement sur hypersplénisme liée à la cirrhose 4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : • Cirrhose Child A sur hépatite B et D avec ancienne hépatite C, depuis 2009, avec discrets troubles de la coagulation et pancytopenie sur hyperplénisme • Ancienne toxicomanie (cocaïne, opiacées et alcool), actuellement sous traitement contrôlé de méthadone • Tabagisme léger (6 cigarettes par jour) • Troubles anxieux et dépressifs avec tentamen par défenestration en janvier 2013 5. Appréciation du cas et pronostic : L'assuré présente une cardiopathie valvulaire très compliquée, ayant nécessité 6 opérations à coeur ouvert entre 2002 et 2013. Cette cardiopathie est responsable d'une importante limitation des capacités physiques et le pronostic à moyen et long terme est peu favorable avec risque de récurrence d'endocardite et de défaillance cardiaque. Le contexte d'ancienne toxicomanie, de cirrhose, de troubles de la coagulation et de troubles hématologiques, complique la prise en charge médicale et l'anémie aggrave les limitations physiques. A long terme, il existe un risque d'insuffisance hépatique et de carcinome hépatocellulaire. Après l'intervention cardiaque prévue par voie percutanée en septembre 2013 (qui nécessitera une brève hospitalisation et une convalescence de quelques jours), un stage de reclassement professionnel pourrait être envisagé, pour autant que le médecin traitant n'ait pas identifié de contre-indications médicales dans l'intervalle. Un problème supplémentaire est constitué par des troubles dépressifs (dernier point sous 4.2 ci-dessus), qui pourraient menacer la prise en charge globale (et justifier une évaluation et un traitement spécialisés). B. Influence sur la capacité de travail : 1. Limitation en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique, la cardiopathie est responsable d'une importante limitation des capacités physiques avec peu

d'espoir d'amélioration au cours des prochaines années. Seuls des efforts très modérés peuvent être effectués (déplacements à pied ou à vélo à allure modérée et port de charges légères, inférieures à 5 kg). Sur le plan psychique et mental, il n'y a actuellement pas de limitations médicales. Les troubles anxieux et dépressifs de janvier 2013 semblent avoir régressé. On note toutefois qu'un stage COPAI à O. _____ en mars-avril 2011 avait conclu à un assuré "inemployable" en raison de son comportement (absentéisme et absence d'investissement personnel, sans limitations physiques dans des activités légères). La réussite d'un nouveau stage dépendra évidemment de l'attitude de l'assuré. Le médecin traitant

- 12 - estime qu'il existe une limitation pour les activités nécessitant une concentration. Sur le plan social, l'assuré est relativement isolé en Suisse avec peu de contacts sociaux hormis quelques compatriotes.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Il n'y a pas d'activité exercée de façon régulière ces dernières années ni de formation professionnelle.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail : L'assuré peut se déplacer à allure modérée à pied et monter un étage d'escalier. Il peut porter des charges légères, jusqu'à 5 kg.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Non relevant.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Non relevant.

2.5 Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Une incapacité de travail d'au moins 20% existe probablement depuis 2002. En l'absence de tout document avant l'arrivée en Suisse en 2007, il est impossible d'évaluer cette incapacité.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? La capacité de travail ne peut pas être évaluée précisément entre 2002 et 2008. Depuis 2008, on peut considérer que toute activité professionnelle nécessitant des efforts n'était pas exigible. Les multiples hospitalisations de 2008 à 2013 nécessitaient à chaque fois une longue période de convalescence avec incapacité complète de travail. Entre 2008 et 2013, la capacité était réduite mais difficile à quantifier. La meilleure documentation est le stage COPAI de 2011 (cf. B1 ci-dessus)." Par avis médical SMR du 4 septembre 2013, le Dr C. _____ a pris position suite à l'expertise susmentionnée. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a observé que, selon l'expert, seuls des efforts très modérés pouvaient être effectués (déplacements à pied ou à vélo à allure modérée et port de charges légères de moins de 5 kg), et a ajouté qu'il y avait également lieu de proscrire la conduite automobile et l'utilisation de machines potentiellement dangereuses. Le Dr C. _____ a en outre relevé

- 13 - que l'expert ne s'était pas distinctement prononcé sur la capacité de travail exigible dans une activité non qualifiée, possiblement lourde, mais que l'on pouvait toutefois, sans crainte de se tromper, affirmer qu'une activité possiblement lourde n'était pas exigible. Quant à la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le Dr C. _____ a repris les conclusions du Dr G. _____ selon lesquelles « une activité adaptée, sédentaire, pourrait être envisagée à temps complet, avec une reprise à temps partiel et une augmentation progressive de la durée du travail », ce qui correspondait à l'appréciation exprimée dans l'avis SMR du 28 mars 2012. Il a ajouté que l'expert n'avait pas précisément répondu à la question de savoir à partir de quelle date il y avait eu une incapacité de travail ininterrompue de 40% au moins (dans une activité non adaptée), mais avait conclu à une incapacité de travail de 20% au moins depuis probablement 2002 tout en déclarant ne pas pouvoir se prononcer pour la période précédant l'arrivée en Suisse en 2007 – rejoignant là encore la position adoptée par le SMR les 19 novembre 2009 et 27 septembre 2011. Enfin,

le Dr C. _____ a observé que l'expert ne s'était pas prononcé s'agissant de la date à laquelle une réadaptation professionnelle aurait été nécessaire pour la première fois, cette question ne lui ayant apparemment pas été posée ; on pouvait cependant dire qu'une réadaptation dans une activité légère était déjà probablement nécessaire en 2002. D'un extrait du compte individuel AVS de l'assuré du 9 octobre 2013, il est ressorti que des revenus soumis à cotisations avaient été annoncés pour la période de février à avril 2011, à concurrence de 3'453 francs. En réponse à un questionnaire de l'OAI du 29 octobre 2013 concernant les différentes interventions qu'il avait subies au cœur, l'assuré a indiqué, par retour de courrier le 3 novembre 2013, avoir bénéficié d'une plastie mitrale pour séquelle d'endocardite (avril 2002), d'un remplacement valvulaire mitral par prothèse mécanique (2002) et d'un remplacement valvulaire mitral par bioprothèse (décembre 2002) à l'I. _____ Krankenhaus ([...]) de [...], en Autriche, sous le nom de B. _____. Il a ajouté qu'un remplacement valvulaire mitral par

- 14 - bioprothèse Carpentier avait eu lieu du 11 au 24 février 2008 au Service de chirurgie cardiovasculaire du Centre hospitalier D. _____, qu'un double remplacement valvulaire mitral et aortique par bioprothèses avait été réalisé dans cet établissement du 30 novembre au 8 décembre 2008, suivi par un séjour à l'Hôpital d'O. _____ du 8 décembre 2008 au 14 janvier 2009, et qu'un remplacement des bioprothèses aortique et mitrale avait été effectué du 24 février au 5 juin 2013 au Centre hospitalier D. _____. Aux termes d'une fiche d'examen du dossier du 8 novembre 2013, il était notamment retenu que les conditions générales d'assurance n'étaient remplies ni du point de vue du droit à la rente, ni sous l'angle du droit à des mesures professionnelles. En date du 26 novembre 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité. L'office a notamment retenu que l'incapacité de travail était totale dans toute activité lourde depuis 2002, soit lors de la première intervention chirurgicale réalisée en Autriche, mais qu'une pleine capacité de travail subsistait – hormis lors des périodes d'hospitalisation – dans une activité adaptée. Relevant que le droit potentiel à la rente prenait naissance en 2002 mais que l'assuré n'avait déposé sa demande de prestations que le 22 avril 2009, l'OAI a considéré que la demande était tardive et qu'une éventuelle rente ne pourrait être allouée qu'à partir du 1er octobre 2009. A cette date, une pleine capacité de travail était admise dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (activité impliquant uniquement des efforts très modérés, des déplacements à pied ou à vélo à allure modérée et un port de charges légères de moins de 5 kg, sans conduite de véhicules ni utilisation de machines potentiellement dangereuses), telle qu'employé d'usine, ouvrier de production et surveillant de parking. Quant aux différentes périodes d'entière incapacité de travail durant les séjours hospitaliers, elles s'étendaient sur des durées largement inférieures à une année et n'ouvraient pas le droit à une rente. Cela étant, l'office a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré, se fondant sur les données statistiques de l'Enquête

- 15 - suisse sur la structure des salaires (ESS). Il a ainsi retenu que le revenu annuel sans invalidité s'élevait à 61'239 fr. 36 et que le revenu avec invalidité se chiffrait à 52'053 fr. 46 compte tenu notamment d'un abattement de 15% en lien avec les limitations fonctionnelles. La comparaison de ces montants mettait en évidence une perte de gain de 9'185 fr. 90 équivalant à un degré d'invalidité de 15%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI. Sous l'angle du droit à des mesures professionnelles, l'OAI a relevé que, selon le SMR, celles-ci auraient été nécessaires pour la première fois en 2002, soit bien avant l'entrée en

Suisse, de sorte que les conditions générales d'assurance n'étaient pas remplies. Ce projet a été contesté aux termes d'un courrier du 3 décembre 2013 rédigé par le Dr N. _____ et contresigné par l'assuré. Il était en particulier reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'hospitalisation au Centre hospitalier D. _____ du 24 février au 5 juin 2013 pour un remplacement bivalvulaire aortique et mitral dans des conditions extrêmement difficiles. L'état de l'assuré était par ailleurs décrit comme stabilisé avec une insuffisance cardiaque assez bien compensée au repos, étant néanmoins souligné que la dernière échographie [recte : échocardiographie] du 20 novembre 2013 avait montré une dysfonction importante à sévère du ventricule gauche avec une fraction d'éjection estimée à 35-40%, ce qui représentait une gêne fonctionnelle majeure ; à cela s'ajoutait une fuite para-valvaire mitrale nécessitant une réévaluation. Dans ces conditions, seule était exigible une activité de bureau à temps partiel et pour autant que des déplacements à pied ne soient pas répétés. A ce courrier étaient joints différents documents dont un rapport du Dr F. _____ du 25 novembre 2013 et un compte-rendu du même jour consécutif à une échocardiographie du 20 novembre 2013. De ces pièces, il ressortait que la situation de l'assuré était satisfaisante d'un point de vue anamnestique, qu'il n'y avait pas de signe d'aggravation selon l'échocardiographie et qu'il était prévu d'effectuer une échocardiographie transœsophagienne eu égard à une insuffisance mitrale para-valvulaire dont il y avait lieu de déterminer si elle était significative et méritait un traitement additionnel par occlusion percutanée.

- 16 - Par avis médical SMR du 4 mars 2014, le Dr C. _____ a exposé que l'hospitalisation intervenue du 24 février au 5 juin 2013 au Centre hospitalier D. _____ avait été prise en compte par l'expert G. _____, de sorte que sur ce plan les objections de l'assuré n'étaient pas fondées. Par décision du 26 mars 2014, l'OAI a confirmé son projet du 26 novembre 2013. A teneur d'un courrier du 26 mars 2014 également, l'office a en outre écarté les objections formulées par l'assuré le 3 décembre 2013, reprenant l'avis du Dr C. _____ du 4 mars 2014. C. S. _____ a recouru le 22 avril 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. Le recourant invoque en substance la sévérité de sa situation sur le plan cardiologique mais aussi sur les plans hépatologique (cirrhose sévère avec troubles de la coagulation menaçant), ophtalmologique (vision monoculaire, perte d'un œil récemment), pneumologique (troubles ventilatoires avec radiographie du thorax extrêmement pathologique probablement en partie suite aux différentes interventions cardiologiques) et psychiatriques – problèmes insuffisamment évalués dans le rapport d'expertise du Dr G. _____. Cela étant, il estime que ses différentes pathologies doivent faire l'objet d'évaluations spécifiques puis être mises en perspective aux fins d'apprécier sa capacité fonctionnelle résiduelle. Il considère en outre que son pronostic reste extrêmement réservé à court terme, étant souligné qu'en l'absence d'une capacité fonctionnelle physique au moins moyenne, une personne sans formation spécifique n'a aucune possibilité de trouver un engagement professionnel. Dans ces conditions, il fait valoir qu'à supposer qu'une capacité de travail résiduelle lui soit reconnue, elle devrait au moins être assortie d'une formation professionnelle pour autant que celle-ci soit possible sur le plan psychiatrique.

- 17 - Par décision du 22 mai 2014, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire concernant les frais de procédure, avec effet au 5 mai 2014. Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 13 juin 2014. Sur

demande de la juge instructeur, le SEM, par envoi du 27 février 2015, a transmis copie de la décision fédérale du 18 janvier 2010 rejetant la demande d'asile du recourant et lui refusant le statut de réfugié, mais le mettant néanmoins au bénéfice de l'admission provisoire eu égard à l'inexigibilité de son renvoi compte tenu de son état de santé ; cette décision se référait en outre à une première demande d'asile déposée par l'assuré durant l'année 1996 sous l'identité de [...], de Géorgie. Par ordonnance du 5 mars 2015, la juge instructeur a attiré l'attention des parties sur le fait que la qualité de réfugié avait été refusée au recourant et qu'il y avait lieu d'examiner si les conditions générales d'assurance étaient remplies. Un délai au 27 mars 2015 leur était par conséquent imparti pour se prononcer, sous l'angle d'une substitution de motifs, sur la décision précitée du 18 janvier 2010 et sur la réalisation ou non des conditions générales d'assurance. L'OAI s'est déterminé le 25 mars 2015. Il a observé que, selon le SMR, des mesures professionnelles s'étaient avérées nécessaires pour la première fois en 2002, soit bien avant l'arrivée en Suisse, si bien que les conditions générales relatives à cette prestation n'étaient pas remplies. Sous l'angle du droit à la rente, l'office a souligné que le taux d'invalidité du recourant était de 15% et qu'il n'y avait dès lors pas de survenance de l'invalidité pour le droit à une rente. A cela s'ajoutait que l'assuré, arrivé en Suisse en 2007, présentait une incapacité de travail totale dans toute activité lourde depuis 2002 au moins, de sorte que même s'il y avait eu une survenance de l'invalidité pour le droit à la rente, l'intéressé ne remplirait de toute façon pas les conditions générales d'assurance.

- 18 - Le recourant n'a quant à lui pas réagi dans le délai imparti. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA ; cf. art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) Le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties ; il peut accorder plus que le recourant n'avait demandé ou réformer la décision attaquée au détriment du recourant (cf. art. 61 let. d LPGA ; cf. art. 89 et 99 LPA-VD). Le tribunal n'est pas non plus lié par la motivation du recours ou de la décision attaquée. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

- 19 - principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant

à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité et/ou à des mesures professionnelles. 3. Il est constant que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité eu égard à un taux d'invalidité de 15% insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation et qu'il a, en outre, considéré que l'intéressé ne pouvait pas prétendre à des mesures professionnelles faute de remplir les conditions d'assurance spécifiques à ce type de mesures. S. _____ a, pour sa part, contesté cette appréciation en faisant valoir que ses problèmes de santé avaient été mésestimés et qu'une poursuite de l'instruction se justifiait. Il apparaît néanmoins prématuré de trancher les questions qui précèdent dans la mesure où, quoi qu'il en soit, les conditions générales d'assurance ne sont pas réalisées en l'occurrence – problématique à laquelle les parties ont été rendues attentives par avis de la juge instructeur du 5 mars 2015 et sur laquelle elles ont eu la faculté de se déterminer (concernant le droit d'être entendu en cas de substitution de motifs : cf. TF 9C_394/2008 du 12 février 2009 consid. 2), l'intimé ayant fait part de ses observations le 25 mars 2015 et le recourant s'étant quant à lui abstenu de réagir. 4. a) Il convient de noter, en premier lieu, qu'il n'existe aucune convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Géorgie. Seul est donc applicable le droit interne.

- 20 - b) A défaut de s'être vu reconnaître le statut de réfugié par les autorités helvétiques (cf. décision de l'ODM du 18 janvier 2010 ; cf. en outre art. 59 LAsi [loi sur l'asile du 26 juin 1998 ; RS 142.31] ; cf. également ATF 139 II 1 consid. 4 ; cf. Bulletin n° 327 à l'intention des caisses de compensation AVS et des organes d'exécution des PC, publié par l'Office fédéral des assurances sociales le 28 mars 2013), l'assuré ne peut en outre pas se prévaloir de l'arrêté fédéral du 4 octobre 1962 concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité (ARéf ; RS 831.131.11), singulièrement des dispositions spécifiques prévues par cet arrêté en matière de droit aux rentes (cf. art. 1 ARéf) et de droit aux mesures de réadaptation de l'AI (cf. art. 2 ARéf). Peu importe, sous cet angle, que l'intéressé se soit vu accorder l'admission provisoire pour des raisons exclusivement liées à son état de santé. c) Cela étant, la situation du recourant, de nationalité géorgienne, doit être appréciée à l'aune des dispositions de la LAI réglementant le droit aux prestations des ressortissants étrangers. aa) L'art. 6 al. 2 LAI fixe les conditions auxquelles doivent répondre les ressortissants étrangers pour pouvoir bénéficier de prestations de l'AI (cf. TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4). En ce sens, cette disposition vaut en tant que "conditions générales" en principe pour toutes les prestations de l'AI (cf. CASSO AI 102/13 – 293/2013 du 5 novembre 2013 consid. 4a). Elle prévoit que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (cf. art. 13 LPG) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse (phrase 1). Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse (phrase 2).

- 21 - S'agissant par ailleurs de l'art. 9 al. 3 LAI, qui concerne les mesures de réadaptation (dont les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 8 al. 3 let. b LAI) et vaut en tant que lex specialis par rapport à l'art. 6 al. 2 LAI, il suffit de relever ici que son champ d'application est circonscrit aux ressortissants étrangers âgés de moins de 20 ans qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse – ce qui n'est clairement pas le cas du recourant, arrivé en Suisse alors qu'il entrait dans sa vingt-huitième année. bb) Sans remettre en cause les atteintes à la santé dont souffre le recourant, force est néanmoins

de constater que, pour l'heure, celui-ci ne satisfait pas aux conditions d'assurance formulées par l'art. 6 al. 2 LAI. D'une part, l'assuré ne peut pas se prévaloir d'un séjour ininterrompu en Suisse de dix ans au moins, étant arrivé dans ce pays au cours de l'année 2007. A cet égard, le fait qu'une première demande d'asile ait été déposée en 1996 sous le nom de [...] (cf. décision de l'ODM du 18 janvier 2010 p. 2) est sans incidence, puisque le recourant est ensuite parti vivre en Autriche, où il se trouvait en 2002 lors de sa première opération du cœur, pour ne revenir en Suisse que durant l'été 2007. D'autre part, l'étude du dossier montre que l'assuré comptabilise une période de cotisation inférieure à une année. A cet égard, le Dr V. _____ a certes mentionné une période d'activité de six mois pour l'Association « [...] » (cf. rapport du 11 avril 2011 pp. 1 et 2), association ayant instauré un programme d'activité d'utilité publique en collaboration avec l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (cf. www.evam.ch > Accueil > Prestations > Encadrement > Intégration et développement > Programmes d'occupation > Les différents types de PO > Programmes d'utilité publique > [...], consulté le 18 mai 2015). Il n'en reste pas moins qu'aucun revenu soumis à cotisation n'a été annoncé pour une telle période (du reste insuffisante à elle seule, au regard de l'art. 6 al. 2 LAI). Au contraire, il est ressorti de l'extrait du compte individuel AVS du

- 22 - 27 mai 2009 que l'intéressé n'avait jusqu'alors jamais perçu de revenus soumis à cotisations en Suisse. Quant au second extrait du 9 octobre 2013, il a révélé que des cotisations avaient été versées durant trois mois uniquement, soit de février à avril 2011. Pour le reste, les pièces en mains de la Cour de céans ne contiennent aucune trace de cotisations supplémentaires. Au regard de ces éléments, on ne peut que constater que le seuil d'une année de cotisations fixé par l'art. 6 al. 2 LAI n'est pas atteint. En résumé, il apparaît que dans la mesure où il vit en Suisse depuis moins de dix ans et ne peut se prévaloir d'une année entière de cotisations, le recourant ne remplit actuellement pas les conditions générales d'assurance posées à l'art. 6 al. 2 LAI, de sorte qu'il ne peut pas prétendre à des prestations de l'AI. Dans ces circonstances, la demande de prestations déposée le 22 avril 2009 par S. _____ ne peut qu'être rejetée en l'état, par substitution de motifs, sans qu'il ne soit nécessaire à ce stade de se pencher sur la question du moment de la survenance de l'invalidité (cf. art. 4 al. 2 LAI), d'examiner les conditions d'assurance spécifiques à certains types de prestations (cf. notamment art. 36 al. 1 LAI) ou de procéder à une quelconque évaluation du taux d'invalidité du recourant. Ce qui précède ne préjuge toutefois nullement de l'issue qui pourrait être donnée à une demande de prestations ultérieure, pour autant que soient réalisées les conditions générales d'assurances prévues à l'art. 6 al. 2 LAI. 5. a) En conclusion, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée, par substitution de motifs. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

- 23 - à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie, celle-ci étant en effet tenue au remboursement des frais dès qu'elle

est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'occurrence, les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de recouvrement (cf. art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile] ; RSV 211.02.3). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 24 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 26 mars 2014 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, par substitution de motifs. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires, provisoirement mis à la charge de l'Etat. V. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière :

- 25 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - S. _____, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.